

Liebe Patienten!

Herzlich willkommen bei den Zahnspezialisten! Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen und da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, möchten wir Sie bitten, diesen Gesundheitsbogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand optimal anzupassen. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unsere Rezeption. Vielen Dank.

PATIENTENDATEN

VERSICHERTER (ANGABEN BEI MINDERJÄHRIGEN / PAT. MIT PFLEGESTUFE)

Vorname

Vorname

Nachname

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefon

Telefon

E-Mail

E-Mail

Berufsbezeichnung

Wer war Ihr bisheriger Zahnarzt?

WIE SIND SIE VERSICHERT?

privat versichert

privat versichert mit Basistarif

beihilfeberechtigt

gesetzlich versichert

gesetzlich freiwillig versichert

Kostenerstattung

Zusatzversicherung

Krankenkasse / Versicherung

Zusatzversicherung

WELCHE LEISTUNGEN SIND FÜR SIE INTERESSANT?

Möchten Sie darüber informiert werden, wie Sie Ihre Zähne ein Leben lang erhalten können?

Ja

Nein

Wünschen Sie Informationen über neue Behandlungsmethoden?

Ja

Nein

Wünschen Sie Informationen zu qualitativ-hochwertigen Alternativen zu Amalgamfüllungen?

Ja

Nein

Moderne Verfahren ermöglichen es, Ihre Zahnfarbe aufzuhellen. Wünschen Sie Informationen hierzu?

Ja

Nein

Sind Sie an feststehendem, bzw. festem Zahnersatz auf neuen Zahnwurzeln (Implantaten) interessiert?

Ja

Nein

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Google Suche

Soziale Medien (Facebook, Instagram, TikTok)

Youtube

Persönliche Empfehlung (wenn ja, von wem)

Jameda

Sonstiges

ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

Um eine sichere Behandlung gewährleisten und möglichen Komplikationen vorbeugen zu können, benötigen wir mindestens alle 2 Jahre aktualisierte Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (**zutreffendes bitte ankreuzen**)

Allergien gegen

Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)

Blutungsneigung (Hämophilie)

Herzkrankungen (Insuffizienz, Rhythmusstörung etc.)

Herzinfarkt, wenn ja, wann?

Herzschrittmacher

Angina pectoris

Zu **hoher** Blutdruck Zu **niedriger** Blutdruck

Diabetes mellitus Typ

Kreislaufbeschwerden

Schilddrüsenerkrankung

Epilepsie

Dialyse

HIV / AIDS

Hepatitis A B C

MRSA

Glaukom (Grüner Star)

Sonstiges

Grauer Star

rheumatische Erkrankung

Endokarditisprophylaxe / Endoprothese

Psychische Erkrankungen (Bsp. Depressionen)

Sind oder waren sie Drogenabhängig?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Z.B.:

Marcumar Heparin ASS

Antidepressiva

Bisphosphonate

Pradaxa Xarelto Eliquis

sonstige

Sind sie schwanger? In welchem Monat?

Sind Sie Raucher? Menge/Tag

Pflegebedürftig? Pflegegrad

mit gesetzl. Betreuer (Name+Kontaktdaten)

Hausarzt, bzw. Fachärzte bei denen Sie in **ständiger** Behandlung sind:

ALLGEMEINE HINWEISE

Bitte beachten Sie, dass nach einer Behandlung unter Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) oder Medikamenteneinnahme die Verkehrstüchtigkeit oder die Fähigkeit zur Führung von Kraftfahrzeugen beeinträchtigt sein kann. Als Bestellpraxis bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen. Sollte ein Termin ohne vorherige Absage nicht eingehalten werden, behalten wir uns das Recht vor, den Ausfall in Rechnung zu stellen.

DATENSCHUTZ

Zum Schutz Ihrer erhobenen Daten erfolgt die Verarbeitung gemäß der Richtlinien laut DSGVO Artikel 32. Ihnen steht jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Widerruf und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten zu, sofern keine rechtlichen oder behandlungsrelevanten Aspekte dagegen sprechen (DSVGO, Artikel 15 bis 17). Bitte beachten Sie auch die ausgelegten Informationen zur Datenschutzverordnung (DSVGO) im Wartezimmer. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns den Gesundheitsfragebogen vollständig gelesen und verstanden zu haben, sowie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben auf Seite 1 und 2.

UNSER RECALL SYSTEM

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice?

Ja

Nein

Mit meinem Einverständnis stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu. Ich kann meine Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch eine E-Mail widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

FOTOS

Ich bin damit einverstanden, dass vorher/nachher Fotos, die im Rahmen der Behandlung zu Dokumentationszwecken aufgezeichnet werden, auf der Website und den Social-Media-Kanälen der M71 Praxis veröffentlicht werden dürfen.

Ja

Nein

Ort und Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter